Rok XXXV. Kraków 31. Października 1896. Nr. 44.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXV. Kraków 31. Października 1896. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do anatomii zapaleń przypęcherzowych.

Napisał

Dr. M. Misiewicz.

Nazwa *pericystitis* przez długi czas była synonimem zapalenia tkanki przypęcherzowej w jamie Retziusa, i tak zw. *pelvio-cellulitis* jamy miednicy. König, Ultzman i Fürbringer, opierając się na poszukiwaniach Virchowa, rozróżniają zapalenie tkanki przypęcherzowej (*paracystitis*) od zapalenia otrzewnej pęcherza (*pericystitis,* a właściwie *epicystitis* Königa), według analogii z *para* i *perimetritis*. Rozróżnienie takie, klinicznie racyonalne dla spraw przymacicznych, dla pęcherza jest nieużytecznem, gdyż właśnie sprawy przypęcherzowe, czy to pochodzenia otrzewnowego, czy też tkankołącznego, często istnieją jednocześnie. Już Chopart (*Traité des maladies des voies urin.*), w rozdziale swej wiekopomnej pracy, omawiającym: *des abscès, des ulcères, des fistules de la vessie* zamieszcza sprawy przypęcherzowe w jednej grupie. Mercier (*Mémoire sur certaines perforat. de la vessie*) nie rozróżnia *peri* od *paracystitis*. Civiale (*Traité des malad. des org. genito-urin.*) opisuje szczegółowo ropnie w ścianach pęcherza i nie rozróżnia ich od spraw przypęcherzowych. Z autorów niemieckich Ultzmann (*Krankheiten der Harnblase* str. 122) i Fürbringer (*Lehrbuch der Harnkrankheiten*) łączą obydwie postacie tego cierpienia pod nagłówkiem: *pericystitis.*

Wogóle pod tą nazwą mieszczą się sprawy dość ciemne. Rozpoznawanie natrafia tu na trudności i często jest wątpliwem: mocz nie przedstawia wyraźnych zmian; bóle nieokreślone, często niestałe; obecność guza, wyraźna czy niewyraźna, nie upoważnia, jak to niżej zobaczymy, do niezbitego wnioskowania; wszystko to stawia klinicystę w położeniu wahającem się. Korzystając z materyału własnego i spostrzeganego przez dłuższy czas w klinice szpitala Neckera, a potem i w praktyce i, opierając się na kilkunastu tamże zbadanych okazach [1]), znajdujących się w zbiorach profesora Guyona, w tymże szpitalu, oraz zebrawszy w literaturze luźnie rozprószone wzmianki o tej chorobie, podaję je do ogólnej wiadomości, do czego, sądzę, upoważnia mnie zupełny brak ściślejszych obserwacyj, z zakresu spraw przypęcherzowych u mężczyzny.

Otrzewna u mężczyzny otacza pęcherz w ten sposób, że częściowo tylko pokrywa jego wierzchołek, ścianę tylną i $^3/_5$ ścian bocznych (Sappey), przylegając ściślej do wierzchołka i odcinka ściany tylnej. Od błony mięśniowej oddzielona jest warstwą luźnej, silnie unaczynionej tkanki łącznej. Reszta pęcherza, t. j. prawie cała ściana przednia, $^2/_5$ ścian bocznych i dno są wolne od powłoki surowiczej. Przez powłokę tę pęcherz moczowy znajduje się w stosunku anatomicznym z jelitem cienkiem ku górze i przodowi, z siecią ku dołowi; a w stanie zbytecznego wypełnienia lub rozstrzeni — z odbytnicą. W dolnym odcinku jamy miednicy łączy się z lewej strony z zagięciem esowatem, z prawej zaś z wyrostkiem robaczkowym. Wolna od otrzewnej cząstka tylnej i bocznej powierzchni pęcherza styka się z podściółką tkanki łącznej jamy miednicy. Tkanka ta wyściela wewnątrz spojenie łonowe, lecz będąc w tem miejscu zbyt luźną i wiotką, tworzy rodzaj worka surowiczego, tak zwaną jamę Retziusa i ułatwia ruch otrzewnej przy wypełnieniu pęcherza. Jama Retziusa ściśle jest ograniczoną z przodu, od góry i z tyłu, rozszerza się na obydwie boczne ściany pęcherza, zlewając się tam z jamą otrzewnej. Pod wpływem wysięków może się ona powiększać. Dno pęcherza i część ścian bocznych leży w podściółce zbitej tkanki łącznej, opatrzonej w części tkanką tłuszczową i gładkiemi włóknami mięsnemi, stanowiącemi przedłużenie ściskacza cewki moczowej i podstawę gruczołu krokowego. Przez te włókna łączy się pęcherz z tak zw. workiem pęcherzo-odbytniczym i z resztą ścian miednicy. Stosunek ten nie jest jednak zbyt ścisłym, łatwo bowiem oddzielić te narządy od siebie, prowadząc cięcie między niemi a warstwą omawianej tkanki i przez proste pociąganie wzmiankowanych narządów.

Wszelkie cierpienia okołopęcherzowe zależą albo od zmian w samym pęcherzu (*pericystitis vera*), albo od zaburzeń szerzących się z narządów sąsiednich (*pericystitis spuria*), n. p. z trzewów.

Ponieważ podział ten przedstawia pod względem klinicznym wiele stron dodatnich, będziemy się go trzymać — i zaczniemy od pierwszej grupy.

Wzorem zapalenia okołopęcherzowego jest ropne zapalenie otrzewnej pęcherza (*pericystitis purulenta*), występujące najczęściej w postaci otorbionych ropni, usadowionych zwykle między zgrubiałemi ścianami pęcherza a bezpośrednią warstwą podotrzewnową. Przeważnie są to drobne sprawy ropne, nieprzekraczające wielkością ziarna konopnego, bądź na wierzchołku, bądź na tylnej, rzadziej na przedniej ścianie pęcherza. Najczęściej spotykamy je na tylno-bocznych ścianach, tuż obok pasemek włóknistozwyrodniałej powierzchni pęcherza. Czasami ropnie te są zrośnięte ze zgrubiałym listkiem otrzewnej i pętli jelit i dochodzą do wielkości orzecha włoskiego; takie ropnie, o znacznej objętości, otoczone bywają zwykle dość grubym, nierównym workiem lub zawarte w podściółce ze zbitej włóknistej masy. Po przecięciu worka wycieka ropa bądź czysta, bądź tłuszczowo przeobrażona,

[1]) Liczba takowych, odnośnie do *perycistitis*, wynosi kilkaset, lecz z tych uznać można jako typowe Nr. 26, 32, 54, 94, 96. 169, 218, 219, 267, 275, 280, 286, 288, 293, 296.

bądź też zmięszana z surowicą. Dotychczas niedostrzeżono, by jama takich ropni łączyła się z jamą pęcherza. Rozróżnić je więc należy od tak zwanych komór pęcherzowych, opisanych przez Guyona (*Bulletin Medic.*, 1893) i innych autorów francuskich. Te ostatnie łączą się bowiem zwykle z pęcherzem za pośrednictwem wązkiego kanalika i bywają napełnione moczem i ropą. Ściany takich komór zawierają zawsze szczątki błony śluzowej i mięsnej. Ta postać chorobowa również nie jest indentyczną z tak zwaną *pericystitis phlegmonosa.* Duże ropnie wprawdzie często powstają obok pęcherza, lecz bywają wywołane zropieniem tkanki łącznej miednicy i jamy Retziusa, a więc jako niezależne od zmian w pęcherzu, nie mogą też być zaliczone do zboczeń oznaczonych w grupie *pericystitis vera.* Do tej grupy należą bowiem, jak to wyżej nadmieniliśmy, sprawy ropne, toczące się tylko w ścianach pęcherza, lub zależne od innych zboczeń tego narządu.

Pericystitis purulenta spostrzega się często na wierzchołku pęcherza, jako powikłanie zapaleń ropnych tkanki łącznej przypęcherzowej. Powstaje wtedy naciek w zgrubiałej ścianie szczytu, w którym istnieją ogniska ułożone warstwami, lub nierównomiernie. Gdzie się zaczyna ropienie w tym razie, czy w warstwie mięśniowej, czy zewnątrz tejże, czy w nacieczonej lub zwyrodniałej powłoce surowiczej, trudno nieraz orzec bez pomocy drobnowidu.

Daleko ważniejszemi są zmiany wywołane ropniem podotrzewnowym, usadowionym na ścianach pęcherza, jako wynik ograniczonego zapalenia ropnego otrzewnej. Mogą one bowiem doprowadzić do przebicia, które zwykle poprzedza sprawa zapalna, powodująca zlepienie pęcherza ze ścianami jelita, tworzącemi worek ropnia. W miejscu zetknięcia z pęcherzem następuje przerwanie jego ścian. Zapalenie zlepne przenosić się może nietylko na jelito cienkie, ale i sieć, wyrostek robaczkowaty, jelito ślepe, esowate i odbytnicę. Jeden lub więcej z tych narządów, przytwierdzonych i zrośniętych naokoło ogniska ropnego, tworzy większy lub mniejszy guz, wyczuwalny przez powłoki brzuszne. Ropienia, powstające tak często w ścianach komór pęcherza, opisane przez Thompsona i Merciera, prowadząc do zaniku ścian pęcherza, lub innych spraw rozpadowych na błonie śluzowej, wywołać mogą również przebicie pęcherza.

Już dawniej Chopart, a w naszych czasach Jamain (*Dict. de Medic. et Chir. prat.*: *Vessie* str. 355) Godart (*Recherches sur la substit. graisseuse du rein*) i Güterbock (*Krankh. d. Harnbl.*, 1890) opisują rodzaj wrzodu pęcherza *„ulcère perforant simple“* francuzów, analogicznego jakoby ze wrzodem żołądka, a jedynie od zmian w odżywianiu ścian narządu zależnego. Wrzód ten, drogą zgorzeli, prowadzić może do przetok pęcherzowo-jelitowych, których istnienie długo podawano w podejrzenie. Nie ulega jednak wątpliwości, że przetoki takie powstają najczęściej wskutek rozpadowych spraw ropnych na jelitach lub otrzewnej, skąd następowo przenoszą się na pęcherz. Sprawy ropne i zrosty pęcherza powstają także na tle urazowem (*pericystitis traumatica*), dowodem tego posłużyć może poniżej opisany przypadek:

W dniu 18. Kwietnia b. r. przybył do mnie p. H. W., urzędnik kopalni Mortimer (Dąbrowa), 25-letni, dobrze wyglądający młodzieniec. Od paru lat cierpi on na chorobę pęcherza, a mianowicie na okresowo występujące bóle i mętny mocz. Mimo używania różnych przepłukiwań i środków wewnętrznych, jak salolu i t. p., nie może się on pozbyć tej choroby.

Od czasu do czasu, jak chory twierdzi, w początku każdego miesiąca, doznaje on ogólnego, jak nazywa, rozbicia, przyczem ma występować gorączka, mocz mętnieje, zjawiają się parcie i krew w moczu. Dziewięciomiesięczna kuracya w szpitalu, gdzie mu przestrzykiwano pęcherz resorcyną i kwasem borowym, oraz jodoformową zawiesiną, nie przyniosła ulgi. Przed kilku laty chory ten otrzymał postrzał w okolicy pęcherza moczowego, a mianowicie bocznej prawej jego ściany, poczem wystąpił krwawy mocz, rana długo zagoić się nie chciała, a obecnie pozostała na stronie lewej, blisko granicy m. prostego, twarda, prostopadła blizna. Strzał nastąpił w kierunku ze strony prawej ku lewej i nieco z góry ku dołowi. Zresztą chory czuje się dość dobrze, pracuje, apetyt ma doskonały i stolec codziennie, lecz w chwili pogorszenia czuje się cierpiącym, z powodu owego bolesnego parcia na mocz, połączonego z wielokrotnem moczeniem w nocy i obrzękającymi co miesiąc żylakami odbytnicy. W moczu, którego ciężar gatunkowy dosięga 1022, podczas tych napadów występują nieliczne leukocyty i śluz. W lewej okolicy brzucha stwierdza się wybitne stępienie odgłosu wypukowego, idące od pachwiny, szerokim paskiem, po bocznej ścianie pęcherza. Chory przybył do Warszawy w zamiarze skorzystania z oświetlenia metodą Röntgena. Nie ulega kwestyi, że kula, przebiwszy tylną i część lewej bocznej ściany pęcherza, uwięzła w ścianach miednicy. Rana jednak wywołała zapalenie zlepne pęcherza z jelitami i odbytnicą, ztąd przy obrzęku krwawnicowych żylaków, występujących co miesiąc, zjawiało się pogorszenie ze strony pęcherza. Wskutek blizny objętość tego narządu okazała się znacznie zmniejszoną, a przy ruchach jego i targaniu kiszek, powstawało dokuczliwe owo parcie. Postawiliśmy rozpoznanie: *cystitis ex pericystitide traumatica.*

O ile przy wszelkich sprawach ostrych przeważa zapalenie okołopęcherzowe w postaci ropnej, o tyle przy przewlekłym nieżycie, wywołanym bądź przez zwężenie cewki, bądź też przez przerost gruczołu krokowego i zgrubienie ścian pęcherza, występują zupełnie inne zmiany, polegające przeważnie na przeroście i zgrubieniu otrzewnej: otrzewna w takich razach przylega ściślej do pęcherza i to na większej przestrzeni; między nią a warstwą mięśniową tworzy się siatka włóknista, rozlana, lub w postaci pojedyńczych ognisk, grubości kilku milimetrów. W niektórych razach dosięga ona grubości jednego ctm., i tworzy złogi włóknikowe lub serowate. Złogi te, które profesor Guyon nazwał: *production fibro-lipomateuse* są objawem nader charakterystycznym dla przewlekłych spraw dróg moczowych; spotykamy je bowiem około pęcherza, moczowodów, nerek, przy *pyelo-nephritis*, przy zwyrodnieniu miedniczek, nerek i t. p. Muzeum w szpitalu Neckera posiada liczne okazy, demonstrujące stopniowe zmiany, od zwykłej *perinephritis fibro-lipomatosa*, do stłuszczenia (*lipoma*) nerek. Zmiany te niekiedy doprowadzają do wytworzenia guzów twardych, które często spostrzegałem na sali Terrasse w klinice Guyona. Guzy takie powstać mogą jedynie z tkanki łącznej podotrzewnowej, i usadawiają się najczęściej na tylnej ścianie i wierzchołku pęcherza. Gruźlica również powodować może zmiany w otoczeniu pęcherza, na drodze prostego przeniesienia zarazka gruźliczego. Takie zaburzenia gruźlicze (*pericystitis tubercu-*

losa) w postaci zwykłej polegają na tem, że współcześnie z owrzodzeniami na ścianach wewnętrznych, znajdujemy zewnątrz ścian pęcherza włóknikowo-tłuszczowe zwyrodnienie otrzewnej i tkanki podotrzewnowej. Zboczenia te dotyczą przeważnie dna pęcherza, tworząc około owrzodzeń grubą i twardą warstwę nacieku, nieraz przechodzącego w twardziel, i przenosząc się bądź na jelito ślepe bądź na odbytnicę. Daleko rzadziej objawia się gruźlica w postaci tak zwanych ropni zimnych, lub ziarniny gruźliczej, przenoszącej się z otrzewnej na pęcherz lub wreszcie w formie *pelvioperitonitis tuberculosa.* (Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do onkologii spojówki i powiek.

Napisał

I .. K. **Rumszewicz** (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

3. W ł ó k n i a k s p o j ó w k i, *(Fibroma conjunctivae)* Tekla S., 35 lat licząca. Badanie wykazuje: prawe oko wyłuszczone przed 20 laty z powodu garbca. Od 5 lat zmuszoną była do zaniechania używania oka sztucznego, z powodu „brodawki, która w oczodole wyrosła“. W zewnętrznej połowie załamka górnego, w wierzchołku sklepienia i o 1 ctm. od kąta zewnętrznego, znajduje się utwór okrągły, mający w średnicy przeszło, 0,7 ctm., barwy bladoróżowej, osadzony na cienkiej szypułce. Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazuje: szypułkę pokrywa prawidłowy przybłonek; naczynia, po przejściu przez nią, niezwłocznie rozgałęziają się wielodzielnie, głównie w części obwodowej. Środek nowotworu tworzy włóknista tkanka łączna, zawierająca nieliczne komórki, które w kierunku ku obwodowi stają się o wiele liczniejsze, wreszcie, pod samą warstwą przybłonkową, znajduje się warstwa grubości prawie 1 mm., utworzona li tylko z tkanki gruczołowatej. Warstwę tę oddziela od środkowej włóknistej części nowotworu pokład naczyń krwionośnych. Naczynia są dość grube, w śródbłonku ich widoczną jest sprawa bujania. Ciekawe są zmiany w warstwie przybłonkowej. Po przejściu z szypułki na nowotwór warstwa ta staje się grubszą, stanowi ją 4—6 rzędów komórek, a jednocześnie przybłonek przeistacza się w wielowarstwowy płaski; nie dość na tem, w pobliżu równika i na całem sklepieniu nowotworu, przybłonek tworzy wypustki, które niekiedy tak są długie, że zajmują całą prawie grubość tkanki gruczołowatej, przerywając jej utkanie w odpowiednich miejscach. Na cięciach tych wypustek znajdują się światła, tworzą one zatem jakby gruczoły cewkowe. W obrębie tych zagłębień komórki przybłonkowe są ułożone we dwie tylko warstwy, lecz natomiast znacznie są dłuższe i mają kształt walcowaty, a niekiedy spotykają się komórki kielichowate.

W opisanym nowotworze mieliśmy: tkankę łączną, naczynia, nawet warstwę tkanki gruczołowatej, czyli powtórzyła się w nim budowa spojówki, w tem mianowicie miejscu, z którego nowotwór powstał. Możemy więc nazwać go włókniakiem nadto zbitym *(fibroma densum)*; lecz również mamy prawo uznać go za prawdziwy polip spojówki. Co się tyczy bujania przybłonka, to takowe cech wybitnych nowotworu bynajmniej nie zmieniało.

Niedawno Ischreyt (*Arch. f. Augenheilk.* XXXII, 1.) opisał przypadek łagodnego nowotworu, który powstał w dalszym odcinku, a wejrzenie miał polipa. Budowa tego nowotworu była w istocie dość zawikłaną, gdyż nie tylko miał miejsce rozrost wszystkich części składowych podstawy, z której powstał, lecz nadto był to utwór naczyniakowy, ze znacznym bardzo rozwojem zbitej tkanki łącznej i przybłonka, którego wypustki, w postaci gruczołów cewkowych, znacznie zagłębiały się w istotę nowotworu; prócz tego powstało w nowotworze szkliste i śluzowe zwyrodnienie. Chcąc pozostać wiernym zasadzie Billrotha i Eppingera, autor nie zalicza przypadku swego do właściwych polipów. Myśl tę, jak już wyżej nadmieniłem, wypowiedział pierwszy Elschnig. Nie możemy się z nim jednak zgodzić. Najpierw wymaganiom Billrotha i Eppingera zadośćczynią: mój przypadek tu opisany i poniekąd przypadek Ischreyta. W ostatnim miały miejsce zmiany w naczyniach i zwyrodnienie tkanek, lecz trudno zaprzeczyć, by jedne i drugie nie mogły powstać, jako zmiany następcze w polipie, który początkowo miał mieć zupełnie prawidłową budowę błony śluzowej. Dalej, w obu przypadkach miał miejsce rozrost przybłonka. Rozrost ten jednak w żadnym razie nie zmieniał istoty budowy. Nie zapominajmy nadto, że spojówka o wiele więcej od innych błon śluzowych jest wystawioną na działanie zewnętrznych bodźców drażniących; nic też dziwnego, że bujanie jej przybłonka bardzo często spostrzegamy przy rozmaitych jej cierpieniach, jak n. p. przy odwinięciu mięsakowem powieki (p. *Nowiny lekarskie* Nr. 3. z r. b.: Przyczynek do odwinięcia mięsakowego powieki dolnej). Nie mogę również pominąć milczeniem jednego przypadku guza w kształcie polipa, przyczepionego do rąbka spojówkowego, a który usunąłem wraz ze skrzydlikiem. (Przyczynek do kazuistyki polipów spojówki oka. Przypisek 2-gi. *Przegl. lek.* 1887. Nr. 24). Co do budowy, przypominał on zupełnie błonę śluzową gałki, nawet przybłonek nie tworzył żadnych wypustek i tylko w środku nowotworu znajdował się torbiel, wysłany wielowarstwowym przybłonkiem.

4. G r u c z o l a k, (*Adenoma*) g r u c z o ł ó w ł o j o w y c h s k ó r y p o w i e k. We wspomnianej już pracy mojej (Przyczynek do onkologii powiek. *Przegl. lek.* 1890 r.), zwróciłem uwagę na okoliczność, że najrozmaitsze nowotwory, na powiekach powstałe, mogą mieć wejrzenie zewnętrzne stwardniałego jęczmyka. Dotyczy to i następującego przypadku: S. N., lat 48 licząca, przedstawia stan oczów, jak następuje: Prawe oko i otaczające go części zupełnie prawidłowe; to samo da się powiedzieć i o lewem oku, z tą tylko różnicą, że w środku górnej powieki tego oka znajduje się wyniosłość, wynosząca 1 ctm. w kierunku poziomym, 0,6 ctm. w kierunku pionowym, ku dołowi odległa przeszło o 2 mm. od rzęs górnych; skóra ją pokrywająca zupełnie gładka. Guz ten, tak zrośnięty ze skórą, jak i z chrząstką, przy dotknięciu jest twardy. Po odwinięciu powieki, na chrząstce spostrzegamy w odpowiedniem miejscu blady, nieco błękitnawy odcień, zupełnie jak to znajdujemy zwykle przy jęczmyku stwardniałym. Guz ten rósł 4 lata. Wyciąłem też go niezwłocznie, poczem założyłem dwa szwy jedwabne (15 października 1894).

Badanie drobnowidowe wykazało: Obok brzegów części wyciętej skóra zupełnie prawidłowa; w obrębie guza brodaweczki nie są widoczne, również nigdzie nie ma meszku

i gruczołów potowych. Nadto, nawet warstwę skóry właściwej zaledwo tylko w niektórych miejscach dostrzedz można było; tkanki podskórnej wcale nie było. Od powierzchni kierowały się utwory walcowate rozmaitej grubości, z przybłonka utworzone, które rozgałęziały się wielodzielnie, wypustki zaś biegły w rozmaitych kierunkach. Nie trudno było poznać w nich zmienione gruczoły łojowe, niekiedy bardzo zgrubiałe i tylko dość rzadko posiadające światło. Te ostatnie dawały się spostrzegać przeważnie w przewodach dawnych gruczołów, w grubszych zaś rozgałęzieniach częściej znajdowałem gniazda wypełnione łojem, które na pierwszy rzut oka i przy słabem powiększeniu przypominały cebulki rakowcowe. Rozgałęziając się w rozmaitych kierunkach, utwory walcowate, z tkanki gruczołowej powstałe, przybierały często bieg równoległy z powierzchnią i dzieliła je wtedy od powłoki zewnętrznej tylko bardzo cienka warstwa właściwej skóry; tworzyły one niezbyt gęstą sieć, której pętle wypełniała prawdziwa tkanka ziarninowa, obfita w naczynia włosowate i jednostajna wszędzie, w obrębie całego nowotworu; nigdy też nie ulegała ona przeobrażeniom wstecznym; natomiast w obrębie nowotworów nie było wcale włókien mięśnia okrężnego. Włóknista tkanka łączna w większej cokolwiek ilości znajdowała się tylko w obwodowych częściach i łączyła się bezpośrednio z tkanką łączną części otaczających, bynajmniej nie tworząc torebki około nowotworu.

Pierwszy przypadek gruczolaka łojowego powiek opisał Fuchs (*Archiv. für Ophthalm* XXIV, 2.). Nie wiedział on jednak, zkąd właściwie powstał nowotwór, czy z gruczołów łojowych skóry powiek, czy też z gruczołów Meiboma. Budowa części składowych nowotworu przypominała gruczoły, nie mające próżni, a wydzielające łój; łoju jednakże w nich nie napotykał. W r. 1890 (l. c.) opisałem przypadek gruczolaka gruczołów łojowych skóry powieki dolnej. Podścielisko stanowiła włóknista tkanka łączna, nowotwór cały otaczała torebka z ochrzęstną zrośnięta, ognisk łoju nie było wcale; guz ten rósł w ciągu 4 lat. Był to więc zwyczajny gruczolak, w przypadku zaś tu dokładniej opisanym mieliśmy nowotwór, który, z uwagi na podścielisko, określić się daje jako gruczolak ziarninowy. (Dokończenie nastąpi).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek dławca wyleczony tracheotomią i surowicą przeciwbłoniczą Behringa, oraz spostrzeżenia nad szybkiem działaniem tej surowicy w kilku przypadkach błonicy gardła.

Podał

Dr. Waleryan Kowenicki z Tarnopola.

Dnia 25 Września b. r. przyniósł mi P., mieszczanin w Tarnopolu, podczas godziny ordynacyjnej, córkę swoją Barbarę, dwa lata liczącą, podając, „że od trzech dni jest chora, mianowicie sucho kaszla, gorączkuje, nie ma apetytu, jest bardzo niespokojna, a przedewszystkiem, że duszność jej z każdą chwilą się zwiększa“.

Badanie wykazuje: Dziecko dobrze zbudowane i odżywione ze znaczną sinicą, głowę trzyma w tył przechyloną; przy wdechu zagłębienia nadobojczykowe, dołek jarzmowy i przestwory międzyżebrowe znacznie się zapadają, oddychanie trudne, przy wdechu słychać szmer stenotyczny, słyszalny z drugiego pokoju; gruczoły podżuchwowe i szyjne obrzękłe i bolesne, bezgłos zupełny. Obejrzenie gardła wykazuje obrzmienie i zaczerwienienie podniebienia miękkiego i obu migdałków. Badanie wziernikiem krtani, które jednak nie całkowicie mi się udało, przecież doprowadziło do tego, że zobaczyłem tylną ścianę nagłośni, która była obłożoną białoszarym nalotem, przyczem dziecko, kaszląc wyrzuciło typową błonę, zakrywającą źwierciadełko krtaniowe. Osłuchiwanie płuc wykazuje głośny szmer stenotyczny, zwłaszcza przy wdechu, który był znacznie wydłużony. Ciepłota ciała —38·1° C., tętno bardzo szybkie.

Opierając się na powolnem wzrastaniu duszności wśród gorączki, na nalotach biało-szarych tylnej ściany nagłośni, widzianych przy wziernikowem badaniu krtani, również i na obejrzeniu wykrztuszonej błony, rozpoznałem pierwotny dławiec krtani w okresie groźnej cieśni krtaniowej.

Po upływie pół godziny wstrzyknąłem chorej surowicę Behringa Nr. II D. Ponieważ jednak duszność z każdą chwilą wzmaga się, tak, że mogło się wydawać, że dziecko w każdej chwili może życie skończyć, a środka wymiotowego z powodu zapadu nie chciałem stosować, zaproponowaliśmy rodzicom dziecka, wraz z obecnym kolegą tracheotomię, na którą się zgodzono.

Operacya nie odbyła się bez powikłań; już po obmyciu pola operacyjnego, przed rozpoczęciem chloroformowania, zauważyliśmy, że dziecko nie oddycha; i dopiero po zastósowaniu sztucznego oddechania, w ciągu przynajmniej pięciu minut, czynność oddechowa powróciła, a my przystąpiliśmy do tracheotomii, która już mogła odbyć się bez przerwy. Po założeniu rurki tchawiczej, natychmiast wygórowana duszność ustąpiła miejsca swobodnemu oddychaniu.

Leczenie po tracheotomii: Dnia 26 września ciepłota ranna 38·5° C., wieczorna 39·3, przyczem wystąpiły objawy dławcowego zapalenia oskrzeli. Po wstrzyknięciu wieczorem surowicy Behringa Nr. II D, już następnego dnia rano, w 16 godzin po wstrzyknięciu, objawy tego zapalenia znacznie złagodniały, a do wieczora tegoż dnia zupełnie ustąpiły; ciepłota odtąd wahała się między 38 a 37·5° C., aż do dnia stałego wyjęcia rurki tchawiczej, t. j. do dnia 2 Października (7 dzień po tracheotomii); w następnych dniach był stan bezgorączkowy, a zupełne zabliźnienie rany pooperacyjnej nastąpiło w dniu 13 Października (w 18 dni po operacyi). Wejrzenie i stan ogólny dziecka były tak dobre, że mogłoby się zdawać, że żadnej choroby nie przebywało. Prócz lekkiego stopnia nieżytu oskrzelowego, żadnych innych następstw, po ustąpieniu dławcowego zapalenia oskrzeli, nie było. Podczas całej choroby stosowano środki wykrztuśne i wdychiwania wody wapiennej naprzemian z olejkiem terpentynowym. Odżywiano dziecko często i stosownie; ranę codziennie oczyszczano i energicznie kamieniem piekielnym przyżegano.

Jeśli ten przypadek zakończył się szczęśliwie, zawdzięczyć to musimy dwukrotnemu zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej; sama tracheotomia nie byłaby uratowała dziecka, które, jak to doświadczenie poucza, nie byłoby w stanie przeżyć szerzenia się zapalenia dławcowego na drobne oskrzeliki.

W ostatnich 5 miesiącach leczyłem cztery przypadki błonicy gardła, z których jeden w pierwszym, trzy inne w drugim dniu choroby dostały mi się do leczenia. We wszystkich czterech stosowałem bezwłocznie po rozpoznaniu błonicy surowicę przeciwbłoniczą Behringa; jednorazowe wstrzyknięcie wystarczało do wywołania pomyślnego skutku i to tak, że 4-go dnia najdalej po wstrzyknięciu, już błon wcale nie było, a 7-go dnia stan ogólny był prawidłowy.

Jestem przekonany, że niejeden z kolegów ma o wiele więcej przypadków błonicy i dławca, leczonych z pomyślnym skutkiem surowicą przeciwbłoniczą i, być może, o wiele ciekawszych; ale przecież znajdą się i tacy, zresztą bogaci w doświadczenie, którzy hołdując dawniejszym sposobom leczenia błonicy, lub może łącząc się z autorami, siląc się statystycznie wykazać, że nie surowica przeciwbłonicza, lecz słabszy zarazek chorobotwórczy w ostatnich latach, przyczynił

się do tak widocznego zmniejszenia się śmiertelności tej choroby, odmawiają jej tak dzielnego działania.

Niech więc wyżej opisane spostrzeżenie moje posłuży za przyczynek do poparcia zasady leczenia surowiczego chorób zakaźnych, a zwłaszcza błonicy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kryński: **O chłoniakach** *(lymphangiomata)*. **Badania kliniczne i histologiczne.** Część druga. Kraków 1896. str. 27 i 2 tablice.

Każdy z 15 przypadków, zebranych w obu częściach pracy Kryńskiego, stanowi, dzięki dokładnemu opisowi, interesujący przyczynek kazuistyczny dla chirurga. Pomimo trudności, nasuwających się niejednokrotnie, przy wycinaniu chłoniaków, trudności, wynikających głównie z tego, że nowotwory te nie są od otaczających tkanin ostro odgraniczone, jedynie tylko zabieg operacyjny położyć może, zdaniem Kryńskiego, kres dalszemu rozwojowi chłoniaków i uchronić od nawrotów cierpienia, jeżeli tylko usunie się dokładnie wszystkie części guza. W większości przytoczonych przypadków przebieg operacyi nasuwa szereg pouczających wskazówek, po które czytelnika do oryginału odesłać musimy.

Do opisu każdego przypadku dołączył autor przez siebie wykonany dokładny rozbiór drobnowidowy wyciętego guza. Wyniki badań histologicznych, skreślone wyczerpująco i plastycznie, oparte na gruntownej wiedzy anatomo-patologicznej, dostarczyły autorowi materyału do wyjaśnienia zawikłanego zagadnienia, w jaki sposób powstają chłoniaki. Roztrząsając krytycznie dotychczas ogłoszone teorye, przychodzi autor do wniosku, że żadna z nich histogenezy chłoniaków dostatecznie i całkowicie nie tłómaczy. Nie można bowiem odnosić powstawania tych nowotworów do jakiegoś odosobnionego czynnika, czy nim będzie zastój limfy, jak przypuszczał Wegner, czy zastój żylny, jak sądził Unna, czy rozciąganie naczyń chłonnych przez otaczającą tkankę bliznowatą, jak to przedstawia Rindfleisch, czy wreszcie samo tylko utworzenie nadmiernie bujających pierwiastków tkanki o charakterze zarodkowym, któremu rolę główną przypisywali Klebs, Birch Hirschfeld i inni. Na podstawie zestawienia wyników własnych badań drobnowidowych przedstawia sobie Kryński rozwój chłoniaków w sposób następujący:

Najwcześniejszym, a zarazem najważniejszym czynnikiem jest w tej sprawie bujanie pierwiastków tkankowych, nadające charakter wybitnie nowotworowy całemu procesowi, a rozpoczynające się w tkance łącznej najczęściej w sąsiedztwie tętnic. Wzmożony rozrost wywołuje obfity dopływ krwi i żywszą wymianę materyi, przyczem naczynia się rozszerzają; z drugiej strony jednak w miejscach żywszej proliferacyi powstaje ucisk na ściany naczyniowe. Wskutek tego ucisku powstaje w mniej opornych drobnych żyłach utrudnienie krążenia, a stopniowo wytwarza się zastój żylny. Pierwszem zaś następstwem tego zastoju jest nadmierne przesiąkanie z krwi, t. j, nadmierne wytwarzanie się limfy i zbieranie się jej w naczyniach chłonnych, ulegających przez to rozszerzeniu. Obfitość limfy wpływa znowu dodatnio na sprawy proliferacyjne, przez co tem łatwiej w jednem miejscu powstają nowe naczynia chłonne, w drugiem zwiększa się ucisk ze strony wybujałych komórek na ścianę tych naczyń, powodując dalszy zastój. Limfa zbiera się w rozrzuconych naczyniach chłonnych aż do chwili, dokąd napięcie w nich nie zbliży się do napięcia w żyłach.

Zwolna, wskutek długotrwałego ucisku na naczynia z jednej, a obfitego bujania komórek śródbłonkowych z drugiej strony, światło najdrobniejszych żył zwęża się i wreszcie zupełnie znika. Równocześnie nowowytworzona tkanka przybiera stopniowo cechy tkanki łącznej zbitej, a ściągając się coraz bardziej, pociąga za sobą ścianę otworów chłonnych, które w ten sposób rozszerzają się coraz bardziej. Ten ostatni proces, stanowiący wogóle tylko jeden okres rozwoju chłoniaków, może wyjątkowo być jedynym sposobem ich powstawania, n. p. wskutek przebytych spraw zapalnych.

Chłoniaki jamiste tworzą się w sposób jeszcze więcej złożony i to drogą dwojaką: tam, gdzie naczynia chłonne tworzą sieć gęstą, mogą w wyższych stopniach rozszerzenia zanikać dzielące je przegrody i wówczas powstają większe przestwory, albo też, obok rozszerzenia już istniejących naczyń chłonnych, wciska się gromadząca się limfa także w sąsiednie szczeliny chłonne lub nawet pomiędzy oddzielne grupy składników tkankowych, n. p. komórek tłuszczowych, powiększając ich kosztem objętość przestrzeni chłonnych. Ten drugi sposób powstawania chłoniaków zdarza się szczególnie w obrębie tkanki podskórnej, — pierwszy natomiast częstszym jest w samej skórze.

Tak więc wyjaśnić powstawanie chłoniaków można tylko przez działanie całego szeregu czynników, z których żaden z osobna całej histogenezy tych tworów nie tłómaczy, chociaż każdy ma pewne swoiste znaczenie w poszczególnych okresach rozwoju. Dopiero jednak wszystkie razem w odpowiednim związku czasowym i przyczynowym wyjaśnić mogą całokształt tej sprawy nowotworowej.

Kryński pierwszy pisał po polsku o chłoniakach, a chociaż pomiędzy ukazaniem się obu części jego pracy, literatura nasza wzbogaciła się o kilka cennych w tym kierunku przyczynków, to jednak praca ta, zarówno ze względu na bogaty materyał kazuistyczny, jak i ze względu na opracowanie nagromadzonych wciągu lat szeregu spostrzeżeń ze stanowiska anatomo-patologicznego, zajmuje dotychczas w piśmiennictwie polskiem miejsce naczelne.

Ciechanowski.

V. Wyciągi.

Vincent: **O etyologii i zmianach anatomo-patologicznych w przypadkach zgorzeli szpitalnej** (*gangraena nosocomialis*). (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896. Zeszyt 9). Pomimo, że zgorzel szpitalna, będąca postrachem w czasach przedprzeciwgnilnych należy dziś do rzadkości, nie mylili się Lister i Reclus, przepowiadając jej powrót w najbliższej wojnie. Istotnie liczne jej przypadki pojawiły się w czasie francuskiej wyprawy na Madagaskar; a autor, lecząc w jednym ze szpitali algierskich powracających żołnierzy, dotkniętych tą chorobą, skorzystał ze sposobności, aby zbadać niejasną dotąd jej etyologię. Wbrew bowiem zdaniu Rappina, uważającego za przyczynę zgorzeli szpitalnej prątek ropy błękitnej (*bacillus pyocyaneus*), znaleziony przez tego autora w 4 przypadkach, wykrył Vincent obecność tego prątka tylko w 2 na 47 spostrzeganych przypadków. Wszyscy chorzy należeli do plemienia arabskiego i byli bardzo wynędzniali; ta ostatnia okoliczność odgrywa, jak się poniżej pokaże, pewną rolę w patogenezie cierpienia.

We wszystkich tych przypadkach wykrył V. zarówno w wydzielinie pokrytych nekrotyczną miazgą owrzodzeń skóry, jak i w skrawkach drobnowidowych z zajętych tkanin, stale w bardzo wielkiej obfitości znajdujący się smukły prątek z zaokrąglonymi końcami, barwiący się zwykłymi barwikami anilinowymi, a odbarwiający się sposobem Grama; prątek ten leżał, skupiony w zbite pokłady, w najgłębszych warstwach miazgi nekrotycznej, pokrywającej wrzody i w górnych warstwach schorzałych tkanin; głębsze zdrowe warstwy tkaniny oddzielone były od części schorzałych szerokim pasem odczynowego nacieku drobnokomórkowego, opisanym zresztą już dawniej. Obok tego stale znajdującego się prątka, w wielu przypadkach można było spostrzedz w wydzielinie wrzodów i w chorych tkaninach nie dający się wyhodować rodzaj *spicillum*, czasem nawet w bardzo wielkiej obfitości; zresztą znajdował V. niekiedy skąpe ziarnowce i prątki, należące, jak się okazało z hodowli, do następujących gatunków: gronkowiec złocisty (11 razy) i biały (19 razy), pa-

ciorkowiec (10), *proteus vulgaris* (4), prątek ropy błękitnej (2), *bacterium coli* (2), prątek Friedlaendera (1). Wszystkie te towarzyszące owemu, stale się znajdującemu, prątkowi, drobnoustroje, były dla zwierząt mało jadowite, oprócz prątka ropy błękitnej i leżały wyłącznie na powierzchni obumarłych tkanin, ponad grubym wspomnianego prątka pokładem. Z badań drobnowidowych, których szczegółowy opis znaleść można w oryginale, wynika, że zgorzel szpitalna jest sprawą, której charakterystycznemi cechami są: rozległe wybroczyny i szybko postępująca martwica tkanek. Skoro zgorzel dosięgnie głębszych pokładów powłok zewnętrznych, zawierających większe naczynia, powstać mogą krwotoki tak obfite, że same przez się, jak się autor w jednym przypadku przekonał, wywołać mogą zejście śmiertelne.

Wszelkie próby hodowli odkrytego prątka na najrozmaitszych pożywkach nie powiodły się zupełnie, nawet wówczas, gdy szczepiono go wespół z innymi, znalezionymi w wydzielinie wrzodów zgorzelinowych drobnoustrojami.

Ażeby udowodnić swoistą rolę chorobotwórczą odkrytego prątka, uciekł się autor do szczepienia miazgi martwicowej, zawierającej wspomniany drobnoustrój w wielkiej obfitości, na zwierzętach i na ludziach (także na sobie samym). I te próby jednak nie wydały dodatniego wyniku, nawet wówczas, kiedy szczepienie wykonywano na dolnej kończynie zwierzat po przecięciu nerwu udowego lub podwiązaniu tętnicy udowej. Należało więc przypuścić, że zgorzel szpitalna jest chorobą właściwą tylko ludziom; jednakże ujemne rezultaty szczepienia u ludzi, jakie otrzymał autor, stały w dziwnej sprzeczności z podaniami dawniejszych autorów, z których niejeden osobiście zgorzel szpitalną przebywał wskutek przypadkowego zakażenia skaleczeń na rękach.

Dopiero, kiedy autor użył do prób królika, w y n i s z c z o n e g o długotrwałą sprawą gruźliczą, a potem, korzystając z uzyskanych w ten sposób wskazówek, g ł o d z i ł zwierzęta, do szczepień przeznaczone, — dopiero wówczas udało mu się wywołać doświadczalnie typową zgorzel szpitalną i wykazać takie same, jak u człowieka, zmiany drobnowidowe i obecność tych samych prątków w owrzodzeniach skóry, użytych do prób zwierząt. Ze szczepień hodowli mięszanych okazało się dalej, że drobnoustroje, towarzyszące nowo odkrytemu prątkowi, ułatwiają jego przyjęcie się w ustroju; dowodem tego był także fakt, że kiedy, po kilku dniach trwania doświadczalnie wywołanej zgorzeli, drobnoustroje te wyginęły, wówczas nie udawało się przenieść sprawy chorobowej na inne zwierzę. Wyniki prób tych dowodzą, że i u człowieka prawdopodobnie w powstawaniu zgorzeli szpitalnej ważną rolę grają przyczyny usposabiające, w pierwszym rzędzie w y n i s z c z e n i e ustroju; że dalej i u człowieka, jak się zdaje, wtargnięcie prątka zgorzeli szpitalnej do ustroju przygotowują i ułatwiają inne drobnoustroje (być może owo nie dające się wyhodować *spicillum*, znalezione, acz w skąpej bardzo ilości, w 42 na 47 przypadków). Byłby to więc rodzaj zakażenia mięszanego, z którego dopiero później rozwija się czysta zgorzel szpitalna (w sposób podobny, jak to, według niedawno w Przeglądzie streszczonych badań Nowaka, dzieje się w zakażeniu paciorkowcowem przy błonicy, z tą jednak różnicą, że zgorzel szpitalna jest sprawą t y l k o miejscową. Przyp. spraw.). W przypisku zauważa autor, że zwykłe środki przeciwgnilne tylko pośrednio i powoli działają przeciw zgorzeli szpitalnej i zaleca, po wyłyżeczkowaniu wrzodów, opatrywać je posypką, zawierającą 10% chlorku wapna. Sposób ten ma najprędzej prowadzić do wyleczenia.

Ciech.

1) Prof. A. L a u d e r e r: **Środkowe cięcie piętowe.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 36, 1896). 2) Dr. v. Oświecimski: **W sprawie środkowego cięcia piętowego.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 39, 1896). W ciężkich przypadkach pruchnienia kości stępu, stawu skokowego i obumarcia w następstwie zapalenia kości piętowej, używa obecnie L. cięcia, poprowadzonego od miejsca przyczepu ścięgna Achillesa, lub nieco wyżej, przez piętę, na podeszwę stopy. Cięcie to, nazwane przez L. „*medianer Feisenschnitz*" uszkadza zaledwie tkankę tłuszczową, powięź podeszwową i zginacz palców krótki, a wyjątkowo tylko mogła by być przecięta także i tętnica podeszwowa zewnętrzna. Dostęp do kości stępu jest znakomity, jak również i warunki dla leczenia rany.

Takiego samego cięcia dawniej już używał Dr. Oświecimski i opisał je w Nr. 11 „*Now. Lek.*" r. 1895 Obaj autorowie są zupełnie zadowoleni z wyników otrzymanych. Następuje wprawdzie skrócenie stopy i całej kończyny (wedle O. najwyżej o 3 ctm.), to się jednak da wyrównać przez odpowiednio grubą podeszwę obówia i stósowny do potrzeby obcas. Blizna na pięcie choremu nie dolega, wciągnięta bowiem zostaje tak głęboko, że uciśniętą być nie może. O. nawet w 4 tygodnie po operacyi zakłada szew następowy, po okrwawieniu brzegów, które zawija w głąb rany, przez co blizna tem pewniej jest ochronioną w zagłębieniu, a nowotworząca się pięta zyskuje na tęgości.

Lauderer mniema, że ta metoda słusznie mogłaby się współubiegać o pierwszeństwo z metodą Wladimirow - Mikulicza, bo i stopa po niej jest kształtniejsza, a powierzchnia do chodzenia większa.

Z tego cięcia wypiłowywać można oczywiście także samą kość piętową. *Dr. Herman.*

Dr. F. K i e f e r: **Różnice między drobnoustrojami wywołującymi zapalenie nagm. opon mózgowo - rdzeniowych, a gonokokami.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 28, 13. VII. 1896). Oprócz przypadku, ogłoszonego przez Fübringera, spostrzegał K. drugi podobny i podaje wyniki swoich badań w obu tych przypadkach. K. nie zgadza się ze zdaniem Jaegera, jakoby gonokoki nie znachodziły się w jądrze komórki; również otoczka meningokoków nie jest zdaniem K. cechą różniczkową, bo nie jest ona niczem innem, jak tylko warstwą śluzowatą, powstałą wskutek działania bakteryj na otaczającą protoplasmę: istota jądrzasta pod wpływem meningokoków i ich wydzieliny kurczy się. Wogóle pod mikroskopem różnice między meningokokami a gonokokami są bardzo subtelne, a może i żadne; najwyraźniej jeszcze występuje wielka rozmaitość w rozmiarach meningokoków. Za to wybitniej uderzają różnice w hodowlach: przedewszystkiem zastanawia szybki rozwój meningokoków, które nadto okazują skłonność do zlewania się. Wejrzenie hodowli meningokoków jest brudno-białe, z połyskiem, u gonokoków szare. Najważniejszą cechą jest to, że meningokoki dają się hodować na agarze glicerynowym. Ułożenia łańcuszkowego nie zauważył K. nigdy. Zajmujące są spostrzeżenia K. co do chorobotwórczości meningokoków: podczas kiedy zwierzęta są bardzo oporne, to ustrój ludzki jest przystępny i łatwo ulega zakażeniu. Autor sam dostał silnego kataru nosowego, z wydzieliną ropną, w której mógł wykazać meningokoki. Ztąd wysnuwa następujące wnioski: 1) Zaraźliwość jest wielka. 2) Nos jest bramą dla nagminnego zapalenia błon mózgowordzeniowych. 3) Przebieg zakażenia nie stoi w żadnym stosunku do siły zarazków. 4) Meningokoki stanowczo mogą wywoływać ropienie, a może niejedno zapalenie nosa, ucha i t. p. uważane za rzeżączkowe, trzeba odnieść właśnie do zakażenia meningokokami. *Dr. Hirsch.*

S. S. C h o ł m o g o r o w: **Wprowadzanie rozczynu fizyologicznego soli kuchennej do organizmu przy wielkiej utracie krwi podczas i po porodzie.** (*Sammlung klin. Vorträge v. Volkmann.* Nr. 161. 1896). Na podstawie 51. przytoczonych przypadków spostrzeganych w zakładzie położniczym Dobrynina w Moskwie, w których, z powodu wielkiej utraty krwi, stósowano wprowadzenie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, tak w postaci wstrzykiwań podskórnych, jakoteż przez odbytnicę, gorąco zaleca autor stósowanie tego postępowania. Zdaniem jego wprowadzenia rozczynu fizyologicznego do ustroju nie należy uważać tylko jako *paliativum*, jak to wielu autorów twierdzi, którzy potem radzą zawsze wykonać przetoczenie krwi. Z 51 przypadków, zakończyło się niepomyślnie 8, w kilku jednak z nich krwotok nie

został zatamowanym. Rozczynu wprowadzono od 250·0 do 2000·0, według potrzeby, obok podskórnego wstrzykiwania eteru, autotransfuzyi i innych sposobów stósowanych w przypadkach ostrej niedokrewności. *Dr. Kośmiński.*

Paweł Reclus (Paryż): **Deskowate zapalenie tkanki łącznej podskórnej** (*Phlegmone*) **szyi.** (*Revue de chirurgie* 1896. Lipiec). *Phlegmon ligneux du cou* nazwał autor rzadką postać zapaleń skóry i tkanki podskórnej na szyi, cechującą się niezwykłą twardością zajętych miejsc. Spostrzegał on 5 przypadków tego cierpienia i podaje ich opis; niestety pierwsze 3 spostrzegane były bardzo pobieżnie i nie badane zupełnie bakteryologicznie. Badanie 2 ostatnich przypadków przeprowadzono dokładnie. Co do przebiegu klinicznego, cierpienie to występuje w postaci rozlanego nacieku skóry szyi i karku, twardego jak drewno; skóra zgrubiała, jednostajnie twarda, o ciepłocie zazwyczaj nie podniesionej, ma zabarwienie ciemno czerwone. Obraz ten przypomina najwięcej postać twardego raka piersi, (*cancer en cuirasse*), lub złośliwe mięsaki szyi szybko zrastające się ze skórą i, jako takie bywa zwykle rozpoznawany. Stan taki trwa kilka tygodni, uniemożebniając choremu ruchy głową i utrudniając połykanie. Powoli w jednem lub kilku miejscach skóra zaczyna ciemnieć, miejsce to mięknie i powstaje mały ropień. Autor ropnie takie nacinał, nadto, w celu przyśpieszenia wessania nacieku, nakłówał i przecinał w licznych kierunkach żegadłem Paquelina. Badanie bakteryologiczne ropy w jednym przypadku wykazało obecność diplokoków w kształcie łańcuszków lub pojedynczo. Takie same drobnoustroje udało się wyhodować na żelatynie.

W drugim przypadku znaleziono w ropie nieliczne laseczniki krótkie, kształtem i hodowlą bardzo podobne do błoniczych. Uważając je za takie, zaczął R, stosować choremu podskórnie surowicę przeciwbłoniczą Rouxa i, po kilku dniach zauważyć było można poprawę, a w ciągu niespełna 2 miesięcy chory powrócił do zdrowia.

Opisane cierpienie uważa Reclus za odmianę zapaleń przewlekłych skóry i tkanki podskórnej przyrody pasorzytniczej. Wywołujące je drobnoustroje są różne, cechują się jednak słabszemi własnościami chorobotwórczemi, od czego właśnie zależy tak powolny i długotrwały przebieg, przy jednoczesnem znacznem rozszerzeniu cierpienia i charakterystycznej twardości zajętej skóry. *Kryński.*

Dr. A. Gutheil: (Berlin) **Argonin jako lek przeciwrzeżączkowy.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1896. Nr. 35). Argonin (połaczenie białka ze srebrem), stósowany już od roku w leczeniu rzeżączki, daje wielu lekarzom dobre wyniki. Chcąc go użyć, należy rozpuszczać w ten sposób, że najpierw wrzuca się argonin do ciepłej wody i wstrząsa płynem, aż kryształki dobrze przemokną, a następnie dopiero wstawia się do łaźni wodnej o 99° C., w której rozpuszczenie łatwo następuje; rozczynu używa się 1—2%, Autor używał tego leku na klinice Prof. Josepha w Berlinie, u 15 chorych przychodnich z rzeżączką cewki moczowej, będącej w różnych okresach rozwoju, i tylko u takich chorych, u których wykazano w wydzielinie gonokoki. Przeciętnie ginęły gonokoki po 9 dniach, najkrótszy termin wynosił 3 dni, najdłuższy 27 dni, poczem jednakże, dla zupełnego usunięcia wydzieliny, używano jeszcze wstrzykiwań ichtyolowych (około 20 dni). Do wstrzykiwań używano albo zwykłych strzykawek, albo, gdy sprawa istniała i w tylnej części cewki, osobnych narzędzi do tej części (Ultzmann, Guyon). Przytem jednak zwraca autor uwagę na jeden szczegół, że już po ustąpieniu gonokoków sprawa czasem przechodzi na część tylną. W końcu zaleca G. ten nowy lek do praktyki prywatnej, gdyż, wedle jego zdania, argonin, nie wywołując objawów podrażnienia błony śluzowej, ani powikłań, usuwa w krótkim czasie z wydzieliny gonokoki i to na stałe. *Dr. F. K.*

Dr. M. Cohn (Hamburg): **Leczenie gruźlicy ichtyolem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28, 1896). Autor podaje wyniki leczenia gruźlicy ichtyolem, który stósował przeszło w dwudziestu przypadkach. Równocześnie z nim, lecz niezależnie, rozpoczął Guido Scarpa, kierownik polikliniki turyńskiej, doświadczenia z tym ichtyolem i, podobnie jak Cohn, miał dobre mieć wyniki. Cohn stósował ichtyol wewnętrznie po połowie z wodą, i podawał rozczyn ten kroplami od 2 do 20 trzy razy dziennie. Stósował go także w pigułkach, lecz te chorzy gorzej znosili. Na podstawie spostrzeganych dwudziestu przypadków, których historye choroby podaje, doszedł C. do następujących wniosków:

Ichtyol nie jest lekiem swoistym w gruźlicy i nie działa w ustroju bezpośrednio na prątki gruźlicze. Czy hodowle gruźliczych prątków zmieniają się i w jaki sposób, jeśli się na nie zadziała ichtyolem, autor nie badał.

Najodpowiedniejszymi dla leczenia ichtyolem są świeże przypadki, zmiany początkowe w szczytach, które przy tem leczeniu mogą zupełnie ustąpić. W okresach późniejszych, kiedy tran rybi lub kreozot nie dawały polepszenia, ichtyol miał dobrze działać.

Przy wielkich jamach gruźliczych i gorączce ichtyol nie dawał żadnego polepszenia.

Od tranu rybiego ichtyol lepszym jest dlatego, że może być podawanym także i w porze gorącej, od kreozotu gdyż nawet w większych dawkach i dłużej używany, nie działa trująco. Co do sposobu podawania tego leku radzi C. rozpoczynać od małych dawek, n. p. 2—3 kropli rozczynu wodnego w pół szklance wody, a dochodzić, jeśli pacyent go dobrze znosi, do coraz większych. W razie trudnego znoszenia tego środka, każe go autor brać nie w wodzie, lecz w limonadzie lub czarnej kawie. Lek ten, w tej postaci podany, nie wywołuje żadnych przykrych przypadów ze strony żołądka. Pigułki, które zawierają 0,1 ichtyolu, C. podaje dziennie w ilości 3 do 30. Te jednakże ogólnie gorzej chorzy znoszą niż 50% rozczyn wodny. *Wachtel.*

S. Chazan: **W sprawie uporczywych wymiotów u brzemiennych** (*Hyperemesis gravidarum*). (*Centralblatt f. Gynäk.* 1896. Nr. 33). Według Ch. przyczyny uporczywych wymiotów u brzemiennych nie należy szukać (jeżeli przewód pokarmowy jest prawidłowy) w zmianach części rodnych, lecz w zboczeniu układu nerwowego, względnie duchowego. Dlatego mając do czynienia z ciężkimi przypadkami tego cierpienia, po wyczerpaniu zwykłych środków, nie należy zaraz chwytać się ostatniej ucieczki, t. j. wzniecenia poronienia, lecz godzi się przedtem spróbować leczenia zapomocą poddawania, które w jednym przypadku dało autorowi bardzo dobre wyniki. *Ww.*

F. Ahlfeld: **W sprawie mechaniki wstrzykiwań pochwowych.** (*Centralblatt f. Gynäk.* 1896. Nr. 38). W celu zapobieżenia, by wydzielina z pochwy nie dostawała się przy wstrzykiwaniu do jamy macicy, zaleca Ahlfeld: 1) używać kanek szklanych, od góry zamkniętych, z szeregiem otworków po bokach, które mają kierunek skośny ku dołowi i na zewnątrz; 2) rozpoczynać wstrzykiwania przy nizkiem ciśnieniu; 3) uważać by woda miała odpływ swobodny i w tym celu rozszerzać wejście do pochwy, wywierając kanką ucisk na boki. *Ww.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 19. Czerwca 1896.

Przewodniczący kol. Prus. — Członków obecnych 29, gości 4.

Kol. Szulisławski przedstawia przypadek dotyczący 56-letniego mężczyzny, który był operowany na oddziale ocznym prymaryusza Dra Macheka, w Kwietniu 1895 roku, z powodu barwikowego mięsaka rogówki, wielkości orzecha laskowego. Wśród operacyi nader

obfity krwotok, uniemożliwiający dokładne odpreparowanie całego guza od podstawy, konieczność usuwania go kawałkami i przypalenia rannej powierzchni pętlą galwanokaustyczną. Chory opuszcza zakład 8. Maja z płaską, czystą i cienką blizną. 2. Czerwca 1896. zgłasza się powtórnie, z powodu nawrotu mięsaka (wielkości orzecha włoskiego) na spojówce powieki górnej, w miejscu ściśle odpowiadającem pierwotnemu mięsakowi rogówki. Początek zgrubienia górnej powieki odnosi do końca Sierpnia, a więc na 4 miesiące po usunięciu nowotworu rogówki, chociaż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że sprawa rozpoczęła się znacznie wcześniej, lecz uchodziła uwagi bardzo mało inteligentnego chorego. 5. Czerwca wycięcie nowotworu. *Prima intentio.*

Trzy są możliwości powstania mięsaka powieki: 1) rozwinął się niezależnie od rogówkowego, a więc stanowi nowotwór pierwotny; albo 2) jest przerzutem pierwszego; albo też powstał przez przeszczepienie.

Ad 1. Okoliczność, że nowotwór powieki rozwijać się począł krótko po usunięciu nowotworu rogówkowego, już sama przez się pozwala się domyślać pewnego związku przyczynowego między nimi, a to tem bardziej, że o ile rąbek spojówkowy jest uprzywilejowanem miejscem dla nowotworów barwikowych, o tyle one na spojówce powiekowej nader rzadko występują, a powtóre, że niepodobna na pewno wykluczyć, czy wśród znacznego krwotoku przy pierwszej operacyi nie skaleczono przypadkiem powieki górnej, lub nie pozostawiono gdzie w zaułkach worka spojówkowego oderwanych cząstek mięsaka.

Ad 2. Przerzuty nowotworów przychodzą do skutku najczęściej drogą naczyń chłonicznych, nader rzadko drogą naczyń krwionośnych. Ostatni sposób uogólniania się nowotworów spostrzegamy z reguły przy mięsakach wychodzących z tkanki łącznej ścian naczyniowych, zresztą jest nader rzadkim, wogóle możliwym tylko przy przebiciu nowotworu do światła naczynia. Koniecznych przeto warunków do powstania przerzutu zatorowego nie było w naszym przypadku. Zgodne doświadczenia Teichmanna, Waldayera, Schwalbego i innych nad przebiegiem naczyń chłonicznych w spojówce oka wykazały, że o możliwości przerzutu za pośrednictwem tychże naczyń ze spojówki gałkowej na spojówkę powiekową wprost mowy być nie może.

Ad 3. Po pomyślnym wyniku doświadczeń nad przeszczepianiem nowotworów, dokonanych po raz pierwszy przez Wehra, a następnie Hanaua i Eiselsberga, uzyskał sposób uogólniania się nowotworów przez przeszczepienie w nauce prawo obywatelstwa A i liczne spostrzeżenia kliniczne (następuje szereg przypadków z literatury zebranych), dowodzą, że powstawanie nowotworów wtórorzędnych przez przeszczepienie wcale do nadzwyczajnych rzadkości nie należy, przyczem zdaje się mniej sam rodzaj nowotworu t. j. pochodzenie jego komórkowych elementów jest miarodajnem, ile raczej złośliwość nowotworu pierwszorzędną odgrywa rolę. Wiadomo zaś, że mięsaki barwikowe do najzłośliwszych należą. Jeżeli przeto istnieje możliwość, że jakieś szczątki mięsaka w worku spojówkowym pozostały, to nikogo nie zdziwi, że mogły się one stać materyałem do przeszczepienia się. Czas powstania nawrotu na powiece zdawałby się za tem przemawiać. Chociaż z drugiej strony niepodobna zaprzeczyć, że zarodki do rozwoju mięsaka powieki mogły już istnieć w czasie pierwszej operacyi, tylko że je przeoczono, lub też, co prawdopodobniejsze, że ich makroskopowo wykazać wogóle nie można było. Umiejscowienie to wtórorzędnego mięsaka właśnie w tem miejscu spojówki powieki górnej, które przylegało i ocierało się przy ruchach powieki o nowotwór rogówkowy, zdaje się bardzo świadczyć za tem, bo dwa złośliwe nowotwory na dwu przylegających do siebie powierzchniach, jak warga górna i dolna, spojówka powiek i gałki, z których jedna tylko nader rzadko tworzy podścielisko pod pierwotny nowotwór, stanowią już same przez się, jak Bergmann powiada: *einen vielsagenden Befund.*

W końcu dowodzi prelegent, że z zachowania się pasa granicznego, t. j. czy nowotwór ostro się odcina od zdrowej tkaniny, czy zwolna w nią przechodzi, nie możemy oczekiwać wyjaśnienia, czy mamy do czynienia z nowotworem pierwotnym, czy też przeszczepionym (nie przerzutem).

Prelegent dziękuje prym. Drowi Machekowi za odstąpienie materyału, Drowi Wehrowi za użyczenie literatury, Drowi Krokiewiczowi za sporządzenie preparatów mikroskopowych. (Wykład *in extenso* drukowany będzie w *Centralblatt für Augenheilkunde*). (Streszcz. własne)

Kol. Schramm zwraca się do prelegenta z zapytaniem, czy implantacya nastąpiła przed operacyą, czy też podczas samej operacyi oraz, czy spojówka powiekowa nie uległa skaleczeniu przy usuwaniu pierwszego nowotworu.

Kol. Szulisławski sądzi, że według wszelkiego prawdopodobieństwa spojówka nie została skaleczoną; narzędzia ostre wcale się z nią nie stykały. Przed usunięciem nowotworu rogówkowego, jakoteż przez cały czas leczenia pooperacyjnego, spojówka powiekowa przedstawiała się zupełnie prawidłowo.

Kol. Schramm podnosi, że opisane dotychczas przypadki implantacyi dotyczą przeważnie nowotworów rakowych; implantacya powstaje albo wskutek dłuższego przylegania pierwotnego nowotworu, albo też wskutek zetknięcia się nie zajętych dotąd tkanek z narzędziem, które służyło do wyłuszczenia nowotworu. W przypadku kol. Szulisławskiego sposób implantacyi nie zupełnie jest jasny; zwykły sposób szerzenia się nowotworów, (za pośrednictwem naczyń chłonicznych) wydaje się mówcy bardziej prawdopodobnym.

Kol. Wehr sądzi, że przypadek kol. Szulisławskiego ma dużą wartość kazuistyczną. Nowotwór pierwotny przylegał przez czas dłuższy do spojówki powiekowej; przy ciągłych ruchach gałki powierzchowne warstwy naskórka mogły uledz starciu. Okoliczność, że nowotwór na powiece rozwinął się dopiero w 2 miesiące po operacyi, nie przemawia przeciwko implantacyi, ponieważ wiadomą jest rzeczą, że przy doświadczalnem przeszczepianiu raka, jak stwierdził mówca, guzki zaczynają się pokazywać dopiero w 2—3 tygodni od chwili zaszczepienia. Wspomniane przez kol. Sz. stosunki anatomiczne przemawiają stanowczo za mechanicznem, zewnętrznem przeszczepieniem. Mięsaki, jako nowotwory złośliwe, mogą się przeszczepiać na równi z rakami.

Kol. Schramm zaznacza, że gdyby już w czasie pierwszej operacyi implantacya była rzeczą dokonaną, musianoby dostrzedz na spojówce choćby plamkę barwikową. Z przedstawianego przypadku mówca nie zdoła nabrać przekonania, że implantacya miała wogóle miejsce, oraz, że mięsaki barwikowe mogą się szerzyć przez przeszczepianie.

Kol. Wehr uważa poglądy kol. Szulisławskiego za bardzo prawdopodobne, przyznając, że o bezwzględnej pewności nie może być w podobnych przypadkach mowy.

Kol. Prus przyłącza się do zdania tych, którzy uważają nowotwory złośliwe za skutek inwazyi pasorzytów zwierzęcych; badania nowszych czasów skłoniły mówcę do takiego poglądu. Przypadek kol. Szulisławskiego polega, według wszelkiego prawdopodobieństwa, na przeszczepieniu.

Kol. Szulisławski powtarza, że do wniosku swego doszedł przedewszystkiem przez wykluczenie. Jest rzeczą prawdopodobną, że po pierwszej operacyi pozostały w worku spojówkowym resztki nowotworu, który był bardzo kruchy i mocno krwawił. Po wykonaniu zabiegu worka spojówkowego nie przepłukiwano. Uwzględniając powyższe okoliczności, oraz uznając, że miejsce, o które się przez długi czas ocierał nowotwór rogówkowy, stanowiło *locus minoris resistentiae*, możnaby wytłómaczyć mechanizm implantacyi.

Kol. Barącz przypomina, że Eiselsbergowi udało się przeszczepić mięsaka i podnosi, że kliniczne spostrzeżenia stwierdzają również przeszczepialność mięsaków. Co do przypadku kol. Szulisławskiego, to dłuższy czas trwające stykanie się powieki z nowotworem rogówkowym, możliwość zatrzymania się cząstek nowotworu w załamku spojówkowym, oraz powstanie drugiego nowotworu właśnie w tak charakterystycznem miejscu, wszystkie te okoliczności przemawiają więcej za przeszczepieniem, aniżeli za przerzutem.

Kol. Krokiewicz nie sądzi, ażeby nowotwory mogły polegać na tle pasorzytniczem. Teorya Schilla i Scheuerlena, według której w mięsakach i rakach miały się znajdować prątki swoiste, należy już dzisiaj tylko do literatury. Zwolennicy teoryi pasorzytniczej mogliby co najwyżej odnosić swoje wywody do nowotworów o utkaniu jednolitem, jak mięsaków; nigdy jednak do powstawania nowotworów o utkaniu dwoistem, jak np. raków; nie ma bowiem analogicznego przykładu w nauce, ażeby jeden i ten sam czynnik chorobotwórczy mógł wywołać nowotwór o dwoistem utkaniu, nowotwór, który, rzec można, stanowi niejako narząd patologiczny. Przeciwko twierdzeniu, aby nowotwory wogóle polegały na tle pasorzytniczem, przemawia także trudność skutecznego przeszczepiania. Doświadczenia, podjęte w tym kierunku, udają się rzadko z tego powodu, że cząstki przeszczepione muszą się odznaczać nie tylko wielką zdolnością histogenetyczną, proliferacyjną, nie tylko muszą natrafić na teren korzystny, odznaczający się zniesieniem równowagi fizyologicznej tkanek, ale —

co najważniejsza, — cząstka przeszczepiona w powyższych warunkach musi być należycie odżywianą, t. j. musi wejść w związek z naczyniami tkanki, stanowiącej dla niej podłoże.

Kol. Prus nie wątpi, że pasorzyty roślinne nie mogą odgrywać żadnej roli w etyologii nowotworów; rzecz inna z pasorzytami zwierzęcymi. Leży tu jeszcze odłogiem obszerne pole do badań; teorya pasorzytnicza tłómaczy jednak już dzisiaj najlepiej spostrzeżenia kliniczne.

Kol. Schramm, odpowiadając kol. Barączowi, zaznacza, że nie wątpił o przeszczepialności mięsaków wogóle, a przemówieniem swojem chciał jedynie zwrócić uwagę, że wszystkie przytoczone przez kol. Szulisławskiego przypadki odnosiły się do raków. Kol. Schramm przyłącza się do zdania kol. Krokiewicza i mniema również, że przeszczepialność nie dowodzi pasorzytniczego tła nowotworów.

Kol. Starzewski podnosi, że nie wszystkie twory pochodzenia pasorzytniczego dają się przeszczepiać i przytacza odpowiednie przykłady. Kol. Starzewski widział w pracowni Miecznikowa bardzo pięknie zabarwione *coccidia* rakowe.

Kol. Skałkowski przedstawia guz jajnika (wielkości głowy dor... ...o mężczyzny), wydobyty przez laparotomię. Guz ten (włókniak) mieścił się w całości pomiędzy blaszkami szerokiego więzadła. Po wydobyciu go okazała się potrzeba usunięcia całej macicy, której kikut został zaopatrzony zewnątrzotrzewnowo.

W dyskusyi nad wykładem kol. Becka, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu, stwierdza kol. Wiczkowski, że kliniczne doświadczenie zgadza się z poglądami prelegenta. W przypadkach marskości nerek z mocznicą można wykazać niedostateczne wydzielanie się soli mineralnych, nawet bez względu na znaczną dobową ilość moczu. Mocznicy nie można jednak tłómaczyć samem zatrzymywaniem się mineralnych składników moczu w zstroju.

Kol. Prus zaznacza, że sole potasowe moczu działają tylko na serce; nikt nie upatruje w nich przyczyny mocznicy. Czynniki wywołujące tę ostatnią są bardzo skomplikowane; wystarczy przytoczyć poglądy Brown-Séquarda na t. zw. wewnętrzne wydzielanie nerek. Dopiero, jeżeli owa wewnętrzna sekrecya będzie upośledzoną, a przytem wydzielanie moczu będzie również niedostatecznem, powstać może mocznica.

Kol. Pisek zwraca uwagę na moczopędne własności mocznika i wyraża wątpliwości co do toksycznych własności zatrzymanego w ustroju mocznika.

Kol. Beck przypomina, że toksyczność moczu starano się tłómaczyć obecnością alkaloidów zwierzęcych, potem zaś toksalbumin. Pierwsze wykryto w minimalnych ilościach i to tylko wtedy, gdy poddawano badaniu wielkie porcye moczu; okazały się one nadto nieszkodliwymi. Wobec trujących własności wszystkich albumoz i peptonów, nie można przypisywać większego znaczenia toksalbuminom moczowym. Co do wewnętrznego wydzielania Brown-Séquard'owskiego, rzecz wydaje się bardzo nieprawdopodobną, o ile chodzi o nerki, narząd czysto ekskrecyjny. Mocznica nie jest czysto moczowem zatruciem Chore nerki nie są w stanie wydzielić należycie produktów wymiany; nagromadzenie się w ustroju tych, nieznanych zresztą bliżej ciał, wywołuje mocznicę. Działaniu ich torują drogę zatrzymane w organizmie sole potasowe, osłabiające czynność serca.

Kol. Wehr. O opatrunku srebrnym Crédego:

Po przedstawieniu oryginalnych przetworów Crédego, jako to itrolu, actolu, mulu srebrnego, białego i szarego, prelegent okazuje preparaty, dotyczące w toku będących badań nad antyseptyczną wartością soli srebra.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Beck, Feuerstein, Prus.

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

VII. KORESPONDENCYE.

Lwów, 22. Października 1896.

Na podstawie uchwały ankiety, zwołanej w roku 1891. dla zbadania urządzeń zakładu Kulparkowskiego i oddziału obłąkanych w Krakowie, Wydział krajowy udał się do c. k. Namiestnictwa, z prośbą o przedstawienie i poparcie u c. k. Rządu potrzeby zaprowadzenia na wszechnicy Jagiellońskiej, a w przyszłości i we Lwowie, kliniki psychiatrycznej, tudzież zaliczenia nauki psychiatryi do studyów obowiązkowych medycznych.

Wskutek tej odezwy c. k. Namiestnictwo uwiadomiło, że JE. p. Minister wyznań i oświecenia okazał się skłonnym do przedstawienia u Najw. Tronu wniosku, o utworzenie nadzwyczajnej katedry psychiatryi i neuropatologii, względnie o zaprowadzenie nauki klinicznej w tych przedmiotach na krakowskim wydziale lekarskim. Co do Lwowa, to rokowania będą podjęte później, gdy będzie w toku aktywowanie nauk klinicznych w lwowskim wydziale lekarskim. W końcu c. k. Namiestnictwo zapytało Wydział krajowy, czy kraj byłby skłonnym wystawić budynek dla kliniki psychiatrycznej, oraz urządzić i utrzymywać tę klinikę w warunkach podobnych, jak to postanowiono co do klinik lwowskiego wydziału lekarskiego.

Odpowiadając na odezwę, Wydział krajowy wyraził przekonanie, iż skoro przy projektowanej reformie uniwersyteckich studyów lekarskich psychiatrya zostanie uznaną jako przedmiot obowiązkowy, to i na uniwersytetach w Krakowie i we Lwowie sprawa kliniki psychiatrycznej będzie traktowaną na równi jak na innych uniwersytetach monarchii, to jest, że koszta erygowania, urządzenia i utrzymania kliniki będą pokryte z państwowego funduszu edukacyjnego. Dalej oświadczył, iż ze względu na znaczną ilość umysłowo chorych, znajdujących się w kraju i nie mogących być dla braku miejsca leczonymi, w niedalekiej przyszłości będzie zmuszony prosić Wysoki Sejm o kredyt na postawienie nowego obszerniejszego znacznie budynku, dla pomieszczenia oddziału obłąkanych z zachodniej części kraju. Wobec jednak wielkich wydatków jakie spadły na kraj wskutek uzupełnienia lwowskiego uniwersytetu fakultetem medycznym, sprawa budowy zakładu dla obłąkanych musi być odłożoną na czas późniejszy, kiedy kraj będzie mógł ponieść ten wydatek bez zbytniego obciążenia budżetu. Lecz nim kwestya tej budowy będzie poruszoną, Wydział krajowy zwrócił uwagę na inną stronę tej sprawy. Przy obecnym stanie nauki leczenia chorób umysłowych i nerwowych wymaga się, aby przy zakładzie był znaczny kompleks gruntu, na którym chorzy mogliby zajmować się rolnictwem, wpływającem bardzo skutecznie na uspokojenie chorych i na przyprowadzenie ich do równowagi umysłowej. Ta okoliczność wymaga budowy zakładu dla obłąkanych za miastem i w dość znacznem od niego oddaleniu, gdyż w fortecy takiej jaką jest Kraków, miejsca odpowiedniego pod względem obszaru nie ma. Położenie zaś zakładu w bliskości większego miasta, jak doświadczenie pouczyło, ze względów kosztu utrzymania, jest niekorzystnem. Interes więc kraju wymaga budowania podobnego zakładu dla obłąkanych przy jednem z mniejszych miast Galicyi, a w takim razie, gdyby nawet zbudowano go poza obrębem Krakowa, zakład dla celów naukowych byłby stracony. Dla tego też Wydział krajowy wyraził nadzieję, że urządzenie i utrzymanie kliniki psychiatrycznej będzie pokryte z państwowego funduszu edukacyjnego. Zanim to nastąpi, wystarczyć by mógł do celów naukowych materyał, zgromadzony na oddziale chorób umysłowych w Krakowie, który Wydział krajowy może ustąpić na klinikę, na tych samych warunkach, na jakich przyjął do szpitala św. Łazarza klinikę chorób syfilityczno-skórnych.

Odpowiedź Wydziału krajowego była zakomunikowaną wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu Jagiellońskiego, z żądaniem aby grono profesorów sprawę tę ponownie wzięło pod bliższą rozwagę i przedstawiło warunki umożliwiające prowizoryczne zaprowadzenie klinicznej nauki psychiatryi. Z uwagi jednak, że wydział lekarski oświadczył się nawet przeciw prowizorycznemu zaprowadzeniu nauki klinicznej psychiatryi w teraźniejszym pawilonie dla chorób umysłowych w szpitalu św. Łazarza, znajdując go zupełnie nieodpowiednim do tego, JE. p. Minister odpowiedział, że nie pozostaje nic innego, jak odroczyć sprawę zaprowadzenia nauki klinicznej psychiatryi, aż do czasu, kiedy budowa nowego, także dla celów naukowych urządzonego krajowego zakładu dla obłąkanych w Krakowie, ewentualnie z pomocą odpowiedniej subwencyi, będzie mogła być przeprowadzoną.

Szkoda, że w taki sposób załatwioną została ta sprawa. Z odezwy Wydziału krajowego widocznem jest, że przyszły zakład dla obłąkanych, dla zachodniej części kraju, nie stanie w samym Krakowie, a więc nie będzie mógł służyć dla potrzeb klinicznych; od rządu zaś, mającego wybudować wprzódy kilka ważniejszych klinik, nie prędko będzie można doczekać się budowy kliniki psychiatrycznej. Należało skorzystać z propozycyi Wydziału krajowego, bo według dawnego przysłowia: „lepszy rydz jak nic“. Zresztą jakkolwiek obecny oddział obłąkanych, według wymagań tegoczesnych, jest nieodpowiednim, można go jednak tanim kosztem przekształcić tak, że do pewnego stopnia odpowiadałby zadaniu, a w każdym razie młodzi adepci medycyny mogliby poznać dobrze formy chorób umysłowych, a także sposoby leczenia i pielęgnowania chorych tego rodzaju.

*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Przyrząd dezinfekcyjny w szpitalu św. Łazarza.

Dotychczas rozporządzał szpital św. Łazarza małym, zużytym przyrządem dezinfekcyjnym systemu Rychnowskiego. Rozmiary jego dozwalały na poddanie dezinfekcyi tylko mniejszych przedmiotów, które wyjmowano po dokonanem odrażeniu wilgotne; okoliczność ta uniemożebniała przeprowadzenie skutecznej dezinfekcyi tak, że ograniczano się tylko do odrażania bielizny, prześcieradeł, sienników i sukni zakażonych, a dezinfekcya całego łóżka odrazu (materaców, sienników, koców, poduszek) była wprost niewykonalna.

Dlatego w przypadkach cholery, duru plamistego, ospy, musiano przedmioty zakażone po prostu palić, co narażało na pokaźne straty. O regularnej dezinfekcyi w przypadkach gruźlicy i kiły, oraz o dezinfekcyi sprzętów i większych przedmiotów, — nie było mowy. Nie była to zatem dezinfekcya gruntowna, wymogom higieny odpowiadająca, lecz w wielu przypadkach suggestya dezinfekcyi.

Widząc ten dotkliwy brak w szpitalu, memu kierownictwu poruczonym, postanowiłem poczynić stósowne kroki, celem uzyskania dla szpitala przyrządu wielkiego, skutecznego, wygodnego, wymaganiom współczesnym zadość czyniącego.

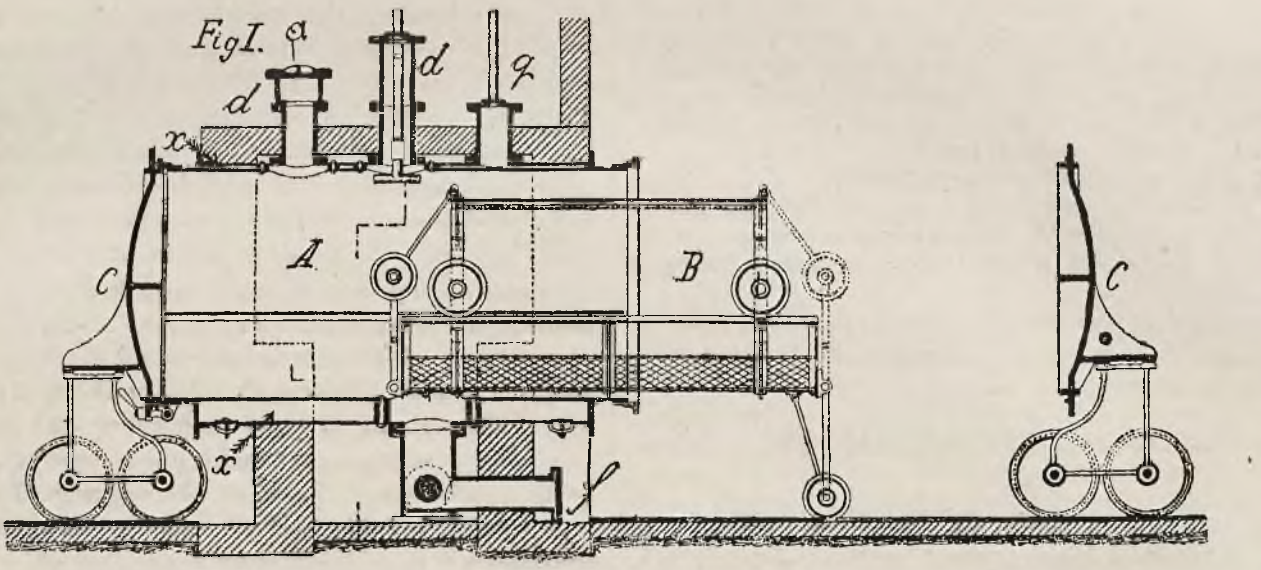
Uznałem za właściwe w tej mierze zapoznać się przedewszystkiem z przyrządami dezinfekcyjnymi w szpitalach, używanymi poza granicami kraju i uznanymi za praktyczne. Zbadałem naocznie te przyrządy w szpitalach wiedeńskich, poczem w niektórych szpitalach głównych miast krajowych austryackich. Na podstawie gruntownego rzeczy rozpatrzenia i ostatecznej narady z dyrektorami szpitala powszechnego i nowego wzorowego szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, Radcą dworu Prof. Böhmem i Drem Klimeschem, zdecydowałem się na zaproponowanie Wysokiemu Wydziałowi krajowemu nabycia dla szpitala przyrządu systemu Prof. Böhma, jaki znakomicie funkcyonuje od roku 1891, w obu rzeczonych szpitalach wiedeńskich.

Wydział krajowy przyjął łaskawie mój wniosek i wyjednał u Wysokiego Sejmu kwotę 3500 złr. na zakupno przyrządu, która uzupełnioną została ceną sprzedaży starego przyrządu do wysokości 3650 złr.

W Maju b. r. zamówiłem przyrząd dezinfekcyjny u firmy Bolzano i Tedesco w Schlan w Czechach, który w Październiku b. r. dostawiono i ustawiono. Równocześnie zarządziłem wybudowanie domku dezinfekcyjnego na pomieszczenie tego przyrządu, tuż przy budynku mieszczącym maszynę parową szpitalną.

Nowy przyrząd nie ma osobnego ogniska do wytwarzania pary, lecz zasilany bywa parą z kotła maszyny parowej.

Fig. 1. przedstawia przekrój podłużny przyrządu: składa się on z żelaznego walca Fig. 1. *A* 2.62 m. długiego, o średnicy 1·35 m. o podwójnych ścianach ograniczających „przestrzeń płaszcza Fig. 1. *X*“. Wewnatrz przyrządu znachodzi się przesuwalny i na obie strony wysuwalny wózek walcowaty *B*, opatrzony od dołu siatką drucianą, a od góry mieszczący ruchome haki do zawieszania przedmiotów. Prze-



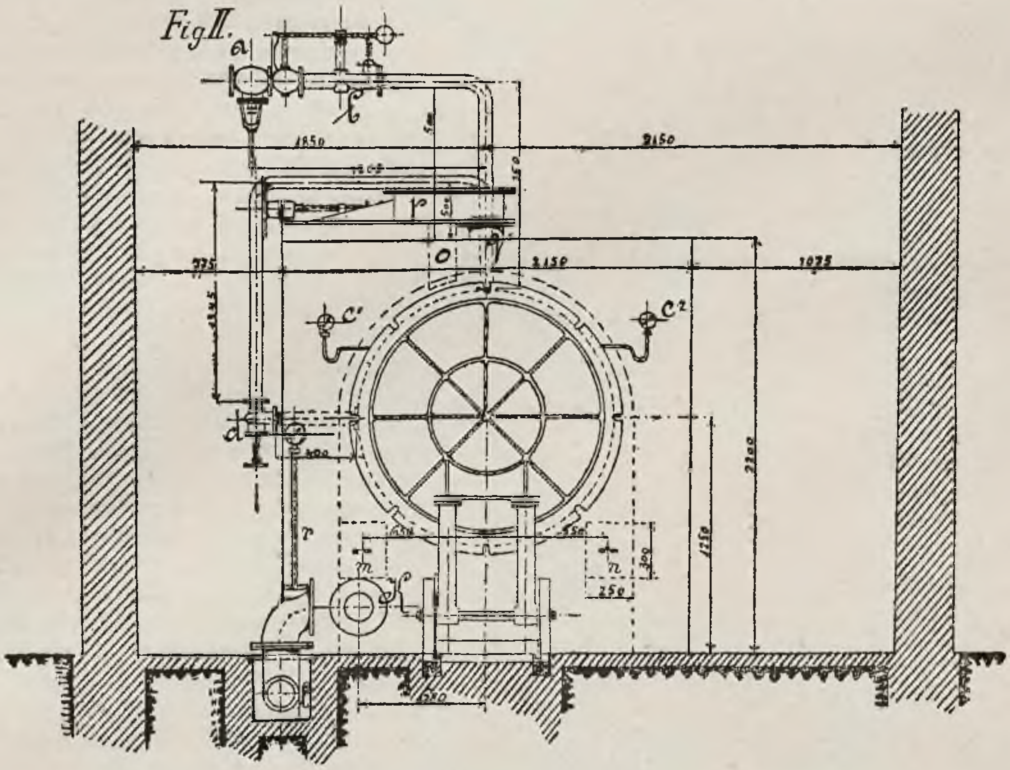
suwanie wózka odbywa się za pomocą kółek na szynach — bardzo lekko i wygodnie. Walec zamyka się z obu stron za pomocą tarcz kolistych Fig. 1. *C* przytwierdzonych prostopadle do wózków żelaznych przesuwalnych na szynach ułożonych w podłodze domku dezinfekcyjnego. Tarcze te przytwierdzają się szczelnie za pomocą silnych śrub. Ten sposób zamykania jest daleko wygodniejszy, dokładniejszy i trwalszy, niż zamykanie drzwiczkami lub zasuwami, zastósowane w przyrządach innych systemów.

Cały przyrząd jest wmurowany w ścianę, przedzielającą domek dezinfekcyjny na 2 komory, zakażoną i odrażoną, które ze sobą żadnego połączenia nie mają.

nego z zewnątrz przez przyrząd, które ogrzewa przedmioty, a po dokonanej dezinfekcyi ma je osuszyć dokładnie.

IV. Wpuszcza się parę do wnętrza przyrządu za pomocą otwarcia wentyla *d*, przez co tworzy się połączenie między wnętrzem płaszcza, już parą wypełnionego a wnętrzem przyrządu. Napięcie pary nie powinno wynosić więcej jak 0.1—0·2 atmosfery. Stósownie też do tego należy nastawić wentyl regulacyjny. Termometr *r* okaże wtedy mniej więcej 105° C. Stósownie do ilości i gęstości przedmiotów dezinfekcya trwać winna od 10—20 minut. Oczywiście, iż czas trwania zastósować należy na podstawie przedsięwziętych prób bakteryologicznych. Manometr płaszcza *c'* i manometr przyrządu *c²* dozwolą łatwo skontrolować stopień ciśnienia pary.

Fig. II.



Dezinfekcya odbywa się w sposób następujący:

I. Na pół godziny przed włożeniem przedmiotów, które mają być odrażone, wpuszcza się parę do wnętrza płaszcza, celem ogrzania powietrza we wnętrzu przyrządu. W tym celu otwiera się wentyl Fig. 2. *a*, umieszczony w rurze, łączącej kocioł maszyny parowej z wnętrzem płaszcza, i nastawia wentyl redukcyjny *b* na 1·5 atmosfery. Para wchodząca do chłodnego płaszcza, skrapla się zrazu częściowo na wodę, która zbiera się w naczyniu kondensacyjnem pod przyrządem umieszczonem (na rysunku nie uwidocznionem), skąd wypływa cienką rurką na zewnątrz.

Manipulacya ta służy do jednostajnego ogrzania ścian przyrządu, inaczej bowiem para wpuszczona później do wnętrza, przy właściwej dezinfekcyi, skraplałaby się obficie na wodę, coby nazbyt wielkie zwilgotnienie przedmiotów sprawiało.

II. Następnie wkłada się przedmioty zakażone do wózka, lub zawiesza je na hakach, przyczem baczyć należy na to, aby nie były ułożone zbyt gęsto, wózek wsuwa do przyrządu, i zamyka się go.

III. Otwiera się: *a*) zasuwy wpustowe powietrzne dolne *m*, *n*, przezco powietrze dostaje się z zewnątrz do przestrzeni pomiędzy obmurowaniem a przyrządem;

b) zasuwkę wpustową powietrzną górną *p*, skutkiem czego powietrze przez rurę *o* wpływa do rury *q*, a stąd do wnętrza przyrządu;

c) wentyl rury odprowadzającej dolnej *f*, prowadzącej do komina.

Manipulacya ta sprawia silny przepływ powietrza ogrza-

V. Po dokonanej dezinfekcyi zamyka się wentyl od płaszcza *a*, przez co odcina się zupełnie dopływ pary, a wszystkie zasuwy powietrzne, jak *ad* III. otwiera, skutkiem czego przedewszystkiem rurą upustową *f*, ujdzie para z przyrządu i nastąpi silna wentylacya we wnętrzu przyrządu dokonywująca dokładnego osuszenia przedmiotów. Osuszanie to, podczas którego zarazem przyrząd się ochładza, trwa od 40—60 minut, poczem daje się znak posługaczowi w komorze drugiej, aby przyrząd otwarł i rzeczy odrażone wydobył.

VI. Zbyteczna dodawać, że należy przyrząd od czasu do czasu czyścić i dopełniać niezbędnych wskazówek technicznych.

Przedsięwzięte próby wykazały, iż opisany przyrząd czyni zadość wszelkim wymaganiom: 1) dozwala na stopniowanie pary aż do 3 atmosfer, na wywołanie ciepłoty wewnątrz przyrządu powyżej 110 stopni Celsiusza, (co jest do celów dezinfekcyi zbyteczne i oddziaływałoby niszcząco na rzeczy); 2) działa z matematyczna dokładnością; 3) osusza przedmioty po odrażeniu zupełnie, tak, że prawie bezpośrednio mogą być ponownie użyte. Manipulacya cała, mimo znacznego ciężaru części składowych, odbywa się lekko, wygodnie i szybko.

Należy wyrazić uznanie Władzy krajowej i Reprezentacyi kraju za wyposażenie szpitala przyrządem dezinfekcyjnym wzorowym, który jest prawdziwą ozdobą i cennem uzupełnieniem urządzeń szpitalnych.

Dyr. Ponikło.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Października 1896.

× Szanownych uczestników ostatniego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie upraszam o łaskawe nadesłanie w jak najkrótszym czasie odczytów i stenogramu z dyskusyi, aby przyspieszyć w ten sposób druk „Pamiętnika zjazdowego“.

Docent Dr. Bossowski, sekretarz Zjazdu chir.

○ W dniu 26. Października b. r. odbyło się pod przewodnictwem dyrektora Ponikły posiedzenie naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza, na którem

1) Prof. Obaliński przedstawił:

a) chorego po nefrotomii, wykonanej z powodu kamicy nerkowej;

b) chorego, u którego przed pięciu dniami wykonał laparotomię, wraz z podwójną rezekcyą jelita, z powodu guza torbielowatego w jamie brzusznej, tworzącego przetokę na zewnątrz w okolicy pępka i komunikującego z jelitem;

c) chorą po faryngotomii *(pharyngotomia later. d. modo Gussenbauer)*;

d) chłopca 14letniego ze znacznem zniekształceniem czaszki, z powodu kilku guzów nowotworowych;

e) chorego po wyłuszczeniu lewej kończyny górnej, z powodu złośliwego nowotworu.

2) Doc. Dr. Raczyński przedstawił chłopca 13-letniego, dotkniętego ołowicą przewlekłą, cechującą się osobliwie porażeniem mięśni wyprostnych kończyn górnych i dolnych.

3) Dr. Wachtel przedstawił chorego, operowanego z powodu *appendicitis*.

Na posiedzeniu tem wzięło udział trzydziestu kilku lekarzy szpitalnych.

○ **Konkurs.** W celu nadania stypendyum jednorazowego na podróż w kwocie 900 złr. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniw. Jagiell., którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyum w przeciągu najbliższego roku złoży e g z a m i n a d o k t o r s k i e, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą sprawę naukową w pewnej gałęzi lekarskiej bądź teoretycznej, bądź praktycznej; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego jużto w pracowniach, jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwem zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p. Jako rękojmi pożytecznie zagranicą użytego czasu i funduszu, wymagać się będzie od pobierającego stypendyum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków, tak pod względem wykształcenia osobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac. Podania należy wnieść **do dnia 10 Listopada b. r.** na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków, dnia 22. Października 1896. *Łazarski.*

○ C. k. ministerstwo obrony krajowej, z okazyi wypadku, że jeden z lekarzy obrony kraj. wywiesił na ścianie swego domu tablicę z oznaczeniem godzin ordynacyjnych, rozporządzeniem z d. 17. sierpnia b. r. zakazało użycia takich tablic, jako nielicujących z godnością oficerskiego korpusu lekarskiego.

Natomiast wywieszenie małej tabliczki z podaniem nazwiska na drzwiach mieszkania, lub w korytarzu domu, nie jest wzbronione.

* Doc. Dr. Władysław Reiss, mianowany do czasu obsadzenia katedry po ś. p. prof. Rosnerze, kierownikiem kliniki chorób skórnych i wenerycznych, rozpoczął swe wykłady.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich na Uniwers. Jagiell. otrzymali: Stanisław Wiktor Kazimierz Jaugustyn z Krakowa i Kazimierz Miszke rodem z Idryi w Krainie.

* Inspektor sanitarny Dr. Józef Barzycki mianowany został zastępcą komisarza rządowego przy pierwszym egzaminie ścisłym na Uniwersytecie lwowskim na rok szkolny 1896/97.

* Dr. Ksawery Jaksa Bykowski z Petersburga bawi obecnie w Abisynii, w wojsku Negusa, w charakterze lekarza rosyjskiego oddziału Czerwonego Krzyża.

Z łaskawie udzielonego nam listu prywatnego Dra Bykowskiego dowiadujemy się, że Abisyńczycy chętnie i licznie udają się do europejskich lekarzy po poradę w chorobach. Bardzo wielu z nich cierpi na jaglicę i zadawnione nieżyty spojówki; oprócz chorób ocznych uderza między Abisyńczykami znaczna ilość suchotników, kiłowych i trędowatych. Z powodu rozpowszechnionego zwyczaju jadania surowego mięsa, zmaczanego we krwi, wielu Abisyńczyków ulega pasorzytom przewodu pokarmowego, z rodzaju brózdogłówca szerokiego (*Bothriocephalus latus*); radzą jednak oni sobie, spożywając w stanie surowym lub gotowanym kwiat krasawy (*kusso*), obficie w tym kraju rosnący.

* Mechanik Kröning, idąc za wskazówką Dra Hütera ze Strasburga, sporządził przyrząd, służący do wdmuchiwań do pochwy lekarstwianych proszków, mających zapobiegać zapłodnieniu. Reklama opiewa: „tylko przyrząd Kröninga daje pewny środek w ręce chorych żon i matek, które ze względu na zdrowie powinny unikać zapłodnienia“. Przyrząd ten sprzedaje się publicznie i, jak donosi *Deutsche mediz. Wochenschrift* (24 Września), ma wielki popyt. Figuruje on w Niemczech pod wieloma nazwami: *Menschenliebe*, *atokos*, *Victoriapistole* i, oczywiście, głównie jest zakupywany nie przez kobiety chore, lecz rozpustne i występne.

Mianowani: Nadzwyczajni profesorowie: Dr. Weinlechner chirurg i Dr. Scheng embryolog, otrzymali tytuł i charakter profesorów zwyczajnych w uniwersytecie wiedeńskim. W Dorpacie (Jurjewie) mianowany został profesorem zwyczajnym Dr. Kurczyńskij, w Kazaniu Dr. Razumowskij (chirurg).

Lekarzem okręgowym, z siedzibą w Błażowie, mianowany został przez rzeszowską Radę powiatową, Dr. Michał Sieniewicz.

† **Nekrologia.** Zmarli: Dr. **Rzymski Piotr**, w 74 roku życia, dnia 24. b. m. w Warszawie; — Dr. **Hnčvkovský Jan**, lekarz dobroczynnych zakładów, znawca sądowy, w Pradze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 43. Dra C i e c h o m s k i e g o: Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. Wpadnięcie ściany żołądka przez przetokę żołądkową. Dra T. D u n i n a: Kilka uwag o leczeniu błednicy (dok.). Dra H. H i g i e r a: *Alexia subcorticalis* (ciąg dalszy). Dra N e u g e b a u e r a: Kilka słów o męzkiem owłosieniu u kobiet. — W *Medycynie* Nrze 43. Dra B r u n n e r a: Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej. Dra S. S t e r l i n g a; Eparsaglia, t. zw. „naderwanie się“. Dra B. M a r g u l i e s a: Walka z epidemią błonicy w pow. Kozłowskim gubernii Tambowskiej (dok.). — W *Kronice lekarskiej*, zeszyt 20. Dra Józefa J a w o r s k i e g o: *Mors sub menstruatione ex anaemia* (dokończenie). Dra K. N i e d z i e l s k i e g o: Rak odbytnicy (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Dr. J. S ę d z i a k: Zapalenie stawów obrączko-nalewkowych gośćcowego pochodzenia. Warszawa, 1896.

To samo po włosku. Turyn, 1896.

— T e n ż e: Przyczynek do kazuistyki guzów krwawych przegrody nosowej. Warszawa, 1896.

To samo po angielsku, 1896.

— Dr. H i g i e r: Syringomyelia. Warszawa, 1896.

— Dr. Maryan U d z i e l a: Janów pod względem historycznym i jako latowisko przyszłości. Lwów, 1896.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie zwyczajne swe posiedzenie w dniu 4. Listopada, to jest we Środę o godzinie 6-tej wieczorem *w Collegium novum* (w sali Śniadeckich) z następującym porządkiem dziennym:

1) Prof. Dr. Jaworski: Demonstracya oznaczenia dolnej granicy żołądka na chorych.

2) Dr. Julian Nowak: „O skrobiawicy“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 3946.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. w. a.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Magistratu w przeciągu 6-ciu tygodni.

Z Magistratu.

Sanok 11. Października 1896.

Zastępca burmistrza:

Witoszyński.

178—3—2

L. 549.

OGŁOSZENIE.

W celu obsadzenia posady lekarza salinarnego w Dolinie za kontraktem służbowym z siedzibą w Dolinie, ogłasza się konkurs z terminem czterotygodniowym od dnia niniejszego ogłoszenia.

Z tą posadą połączone jest roczne wynagrodzenie 315 złr. za wykonywanie funkcyi lekarskiej przy podpisanym c. k. Zarządzie salinarnym, płatne w miesięcznych ratach z dołu.

Bliższe warunki tej służby sanitarnej określi dotyczący kontrakt służbowy.

Podania zaopatrzone w dowody wieku, osiągniętego stopnia doktora medycyny i chirurgii, dotychczasowej praktyki lekarskiej należy wnieść do podpisanego c. k. Zarządu.

179—1—1 *C. k. Zarząd salinarny.*

W Dolinie dnia 20. Października 1896.

PENSYONAT

Dra Chwistka w Zakopanem

otwarty cały rok

dla potrzebujących powietrza górskiego.

Od 3 złr. dziennie od osoby za całe utrzymanie wraz z poradą lekarską. 66—52—37

Najwyższe odznaczenie:
Honorowy dyplom Wystawy narod. Czeskiej w Pradze 1895.

Dra med. Franciszka Veselého

morawska woda gorzka

ŠARATICA

148—6—3

wywołuje **przyjemniejszy** i **pewniejszy** skutek niż wszystkie inne wody gorzkie.

w 1000 częściach jest 36.3365!! części stałych.

Panom lekarzom celem wypróbowania rozseła się żądane ilości darmo i opłatnie. Szpitalom i zakładom leczniczym znaczny opust.

Znajdują się we wszystkich aptekach i składach z wodami mineralnemi.

Główny skład dla Krakowa i okolicy w aptece po „Białym Orłem“ p. L. Marcisiewicza.

Wyjaśnień udziela właściciel Dr. **F. Vesely Berno (Morawa).**

Przybory szklane, chirurgiczne i gumowe.



Na żądanie przesyła się cennik. 42—52—7

PREBLAUER **ŹRODŁO PREBLOWSKIE**, najczystsza alkal. szczawa alpejska o znakomitem działaniu w nieżytach przewl., szczególnie dyat. mocz., nieżycie chron. pęch., kam. pęch., nerk. i chor. Brigthła. Dzięki składowi i smakowi — zarazem najlepszy napój dyetet. i orzeźwiający. **Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau.** Poczta St. Leonhard (Karyntya). 20—26—20

II. międzynarodowa wystawa farmaceutyczna w Pradze 1896.

Medal złoty.

Ceny znacznie zniżone.

Perlae et Capsulae medicinales „Hygea“

CREOSOTAL

(Creosotum carbonicum).

Pudełko	100	perełek	po 0·10	1 zł.	40 ct.
„	100	„	„ 0·20	1 „	80 „
„	100	„	„ 0·30	2 „	20 „
„	100	kapsułek	„ 0.50	3 „	— „
„	12	„	„ 1·0	— „	80 „
„	100	„	miękkich po 1·00	6 zł.	
„	6	„	po 2·0	— zł.	80 ct.
„	100	„	„ 2·0	11 „	— „

Creosoti carbonici 0·10 Morrhuoli 0·20 pudełko 100 kapsułek 2 zł.

Główny skład dla Krakowa w aptece p. Otowskiego.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „HYGEA“** lub **firmy „ZAHRADNIK“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku na budowę domu akademickiego.

Chemiczno-farmaceutyczne laboratoryum „Hygea“

MARYANA ZAHRADNIKA

56-x-21 **w ZŁOCZOWIE.**

Zakład wodoleczniczy

Dra CHRAMCA

w Zakopanem

przyjmuje chorych **w zimie** po cenie 100 złr. miesięcznie i wyżej za wszystko.

171—12—5

Tlen do wdychiwań balon 1 złr. 20 ct.
Pastilli Thyreoidei à 0·25.
Pastilli Thyeroidini à 0·05.
Sterylizacya.
Przyrządy do mikroskopowania i barwiki

poleca Apteka **E. HELLERA**

Kraków, ulica Grodzka. 84—x—25

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.